**Žádost pacienta o vydání výpisu\*/kopie\* zdravotnické dokumentace**

Žádám o vydání výpisu\*/kopie\* mé zdravotnické dokumentace:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Jméno, příjmení datum narození

Výpis\*/Kopii\* zdravotnické dokumentace vyzvednu osobně\* – zašlete poštou na adresu\*:

………………………………………………………………………………………………………………………………………...

……………………..………………………………………………………………………………………………………………...

* Prokázání se předložením občanského průkazu: číslo OP …………………………….

V ………………………. dne ……………………….

 …………………………………………….

 Jméno, příjmení, podpis žadatele

Kontaktní údaje žadatele:

………………..…………………………………………………………………………….…………………………………………

bytem

telefon: ……………………………………..

**\*nehodící škrtněte**